



MODELO INTEGRADO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

A organização das respostas a situações de urgência, em contexto pré-hospitalar, em Portugal, tem sido da responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Assistimos, ao longo das últimas décadas, ao desenvolvimento de estruturas de resposta a situações de urgência, com elevada diversidade e heterogeneidade de meios, quer físicos quer humanos.

Acreditamos ser um processo contínuo, muito havendo a fazer, pela centralidade no cidadão e de forma sustentável para o sistema de saúde.

A intervenção clínica, no contexto pré-hospitalar, tem por objetivo garantir à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidade de saúde adequada.

A imprescindibilidade da intervenção dos enfermeiros decorre deste compromisso.

Analisando com responsabilidade, a resposta atual no contexto pré-hospitalar, associado às novas exigências do cidadão, assim como o enquadramento socioprofissional no setor da saúde, podemos identificar fatores que justificam a apresentação de uma proposta de melhoria nesta área, tão sensível quanto nobre.

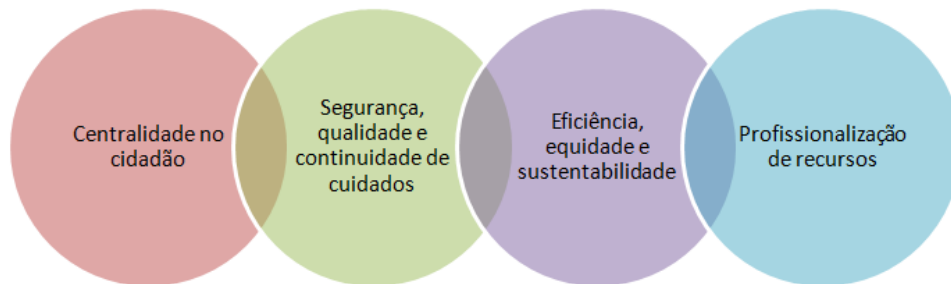
A REALIDADE ATUAL:

1. Verificamos uma alteração no **perfil dos utilizadores** dos serviços de urgência hospitalar e pré-hospitalar, que acompanha a clara tendência de envelhecimento da população;
2. Os serviços de urgência hospitalar continuam a ter **elevada procura** pelos cidadãos, encontrando-se muitas vezes desarticulados com os Cuidados de Saúde Primários, sem referência recíproca, com défices de comunicação sobre o cidadão, pelos diferentes intervenientes do SNS;
3. Existe uma evidente **assimetria regional** no acesso a meios de resposta a situações de emergência pré-hospitalar;
4. Constata-se falta de **contacto presencial** de um profissional de saúde, diga-se “médico ou enfermeiro”, com o cidadão, transversal a todo o sistema de emergência pré-hospitalar;
5. Com os atuais sistemas de triagem clínica, implementados nos vários serviços de urgência, verificamos que uma parte substancial dos cidadãos que acede a estes serviços, deveriam ter tido resposta às suas necessidades num **outro serviço/nível de atendimento, mais adequado**;

6. As equipas de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que integram meios do INEM são diariamente confrontados com **redução das ativações** e/ou ativados para situações clínicas de menor urgência/complexidade;
7. As equipas de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), que exercem funções em serviços de urgência nas Unidades Hospitalares, verificam constantemente e cada vez mais, **desajustamentos** na relação entre a **gravidade das vítimas** que chegam aos serviços de urgência e a **tipologia do meio de intervenção pré-hospitalar** que os acompanha;
8. Este desajustamento poderá estar diretamente relacionado com a **diminuição progressiva da presença de médicos e da ausência de enfermeiros, nos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)**;
 - 8.1. O atendimento nos CODU é efetuado por «não médicos»/«não enfermeiros» que apenas cumprem um algoritmo, sem conhecimento técnico/científico nem capacidade de realizar um juízo crítico adequado a cada situação;
 - 8.2. A ativação de um meio de intervenção primária é da exclusiva responsabilidade dos CODU;
 - 8.3. Na maior parte das situações de contacto com o CODU, não estão profissionais de saúde junto da vítima, o que impossibilita uma correta avaliação e atempada referência para as vias verdes, com consequentes perdas de saúde e qualidade de vida futura (não melhora nos indicadores de saúde).
9. Existe, **manifesta e preocupante, descontinuidade de transmissão de informação** entre as ocorrências no pré-hospitalar e os serviços de urgência hospitalar, quando as vítimas são acompanhadas por «não médicos»/«não enfermeiros»;
10. **Não existe regulação profissional** de «não médicos»/«não enfermeiros», ficando o cidadão sujeito à prática de técnicas isentas de condutas éticas e deontológicas, não centradas nem devidamente adaptadas ao cidadão.
11. **Desconhecem-se resultados** de eventuais processos **de avaliação interna** ou de auditorias realizadas pelo INEM, nomeadamente a utilização de Desfibriladores Automáticos Externos (DAE).

Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar

A Ordem dos Enfermeiros, no cumprimento das suas atribuições estatutárias, considera que deve ser implementado em Portugal um **MODELO INTEGRADO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR** (MIEPH) que assegure as seguintes características:



A estas características deve juntar-se o **Empowerment** do cidadão, na adoção de medidas/comportamentos de prevenção de acidentes, no reconhecimento precoce de sinais de gravidade e no correto contacto com o sistema de emergência através do número europeu 112.

O **Modelo Integrado de Emergência Pré-hospitalar**, permite assegurar cuidados de emergência integrados numa rede de cuidados de saúde já estabelecida e de referência/confiança para o cidadão: próxima, coesa e dinâmica desde a sua base, devidamente reforçada, com conhecimento do contexto do cidadão e das suas necessidades.



ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO MODELO:

EIXO 1 – TODOS OS MEIOS DE PRÉ-HOSPITALAR COM MÉDICOS/ENFERMEIROS

Todos os meios de intervenção em contexto pré-hospitalar, nomeadamente Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), devem ser constituídos, em regra, por médicos/enfermeiros com evidente e inequívoca **INTEGRAÇÃO** de:

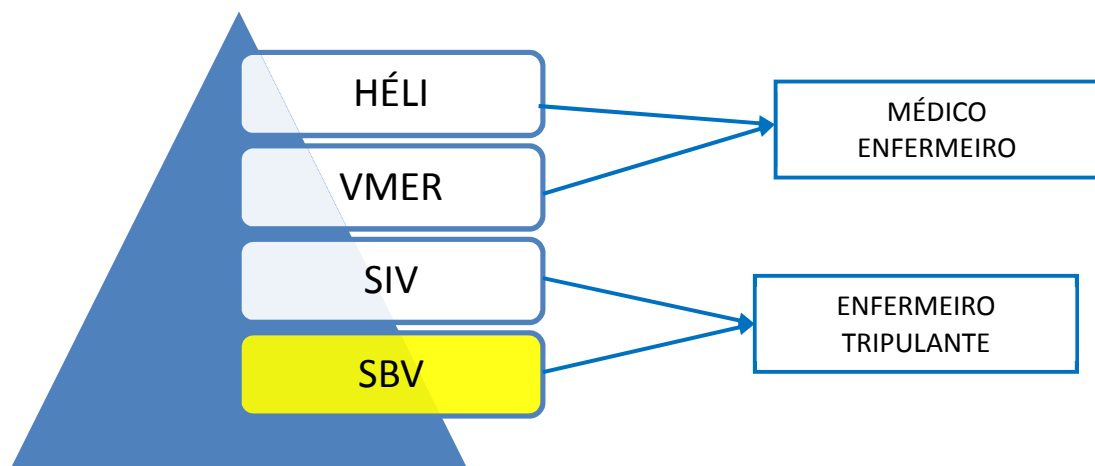
- a - Formação inicial de nível superior;
- b - Contínuo desenvolvimento de competências em contexto de prática clínica;
- c - Autorregulação Profissional.

A REDE DE INTERVENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR TEM DE SER EFETIVAMENTE REFORÇADA COM AMBULÂNCIAS DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA (SIV).

Objetivos principais:

Garantir a qualidade dos cuidados;

Promover a sustentabilidade do sistema;



As ambulâncias de Suporte Imediato de Vida devem constituir a base do sistema de emergência, na sua vertente “medicalizada”.

Com este propósito garante-se que os cuidados de saúde de emergência são prestados de forma segura por profissionais regulados, com competências consolidadas, adequados e adaptados às necessidades globais do cidadão/famílias.

AS EQUIPAS DAS AMBULÂNCIAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV) TÊM DE INCLUIR UM ENFERMEIRO.

Este meio de intervenção primária constitui efetivamente a base da rede de resposta em contexto de emergência pré-hospitalar. A sua distribuição geográfica garante a total cobertura do território continental.

Objetivos principais:

- Equidade no acesso a recursos diferenciados em contexto pré-hospitalar;*
- Melhorar substancialmente a qualificação da resposta;*

A progressiva complexidade das situações clínicas em situação de emergência pré-hospitalar e o direito consagrado na Constituição da República Portuguesa de acesso equitativo de todos os cidadãos a cuidados de saúde de qualidade, fundamentam a necessidade do reforço devidamente qualificado dos meios de Suporte Básico de Vida.

O investimento progressivo na qualificação deste meio irá permitir uma efetiva rentabilização sustentável dos recursos, avaliação clínica precoce de todas as ocorrências, celeridade na referenciação das situações agudas, melhoria nos processos de comunicação, eficiência da distribuição de recursos e adequada relação com serviços de urgência.

EIXO 2 – MEIOS DE PRÉ-HOSPITALAR INTEGRADOS EM UNIDADE DE SAÚDE

Os meios/equipas de intervenção pré-hospitalar devem estar **INTEGRADOS**, em Unidades de Saúde, nomeadamente em Serviços de Urgência Polivalente, Serviços de Urgência Médico-cirúrgica, Serviços de Urgência Básica, unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde, unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, como efetivo posto de trabalho, tendo em consideração:

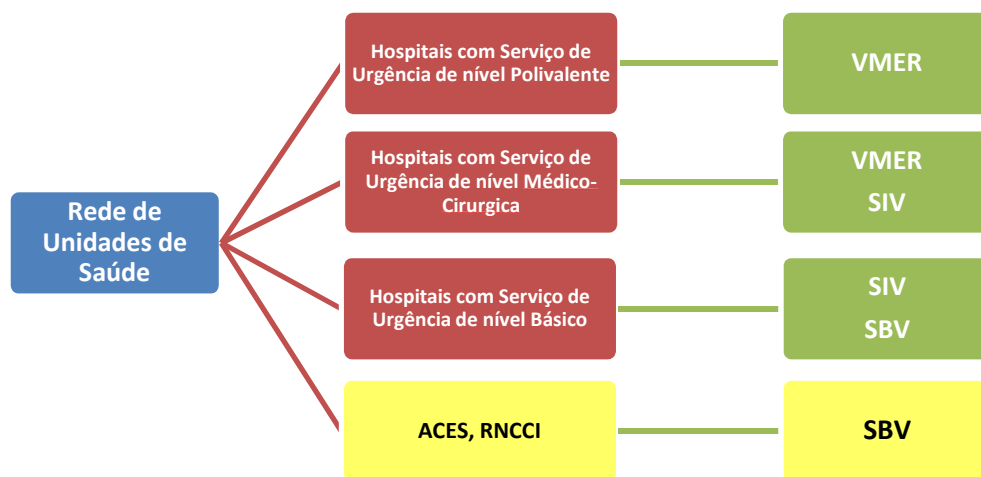
- a. Perfil de Saúde da População;
- b. Área de influência do respetivo serviço de urgência;
- c. Nível de diferenciação do meio de intervenção primária;

Objetivos principais:

- Melhorar a articulação de diferentes níveis de prestação de cuidados;*
- Promover a continuidade de cuidados;*

Garante também o cumprimento ao Despacho Ministerial nº 14898/2011, que regulamenta os meios de socorro pré-hospitalares (VMER e SIV), e a sua integração nos serviços de Urgência:

*“...Tendo em consideração a formação específica agregada à experiência no socorro pré -hospitalar; **a necessária manutenção de competências técnicas de elevado grau de complexidade e especificidade; a margem potencial de ganhos de eficiência de gestão**, tanto nos serviços de urgência como no pré-hospitalar, entende -se que os profissionais de saúde dos meios INEM, I.P. podem constituir um importante contributo na constituição e consolidação das equipas dos serviços de urgência, garantindo uma **capacidade de resposta acrescida** e mais adequada às necessidades dos utentes emergentes.”*



2.1) Garantir a articulação dos meios de emergência no plano da assistência pré-hospitalar e transporte de doente crítico

Objetivos principais:

Garantir a prontidão de resposta ao cidadão;

Utilizar o meio de intervenção primária para o fim a que se destina;

- Garantir que as transferências inter-hospitalares do doente crítico se processem de forma segura, salvaguardando a continuidade dos cuidados (conforme nova Lei Orgânica do INEM, IP, no DL nº 34/2012 de 14 de Fevereiro, na alínea f) "Promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente).

A utilização de equipas de emergência pré-hospitalar, no transporte de doentes críticos (transporte secundário), deverá merecer uma maior reflexão, atendendo a que, pode ser colocado em causa o socorro atempado/qualificado ao cidadão.

Numa fase de reorganização da oferta hospitalar, com encerramento de serviços, concentração de recursos (especialidades) em unidades de referência, verifica-se, que os transportes secundários de doente se processam por tempo demasiado.

Neste contexto, e nas devidas circunstâncias de operacionalidade, evidenciamos como relevante o Serviço de Helitransporte de Emergência, diminuindo distâncias entre as instituições, e em defesa da saúde do cidadão.

O "desvio" do meio de emergência pré-hospitalar, da sua função natural para transporte de doente crítico, poderá fazer aumentar os custos associados ao uso inapropriado.

Contudo e tratando-se de doente em situação crítica, merece, no momento adequado, a disponibilidade de equipa qualificada para o seu acompanhamento.

2.2) Os meios de intervenção primária, com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), devem estabelecer relação privilegiada com o acesso às «vias verdes».

Objetivos principais:

- Melhorar a rapidez de acesso a resposta diferenciada;*
- Garantir respostas equitativas;*

Com a criação do conceito de “Via Verde” assiste-se hoje a uma maior celeridade, por parte do cidadão no acesso de cuidados de saúde específicos, traduzindo um ganho de eficiência do sistema, mas também, e fundamentalmente, traduzidos por melhoria dos indicadores e ganhos em saúde para a população.

As via verde do AVC, via verde Coronária, via verde trauma e via verde Sépsis assumem, o papel de facilitadores no acesso a cuidados específicos e diferenciados. O primado das vias verdes está na redução de tempo e da eliminação de “ruídos” desde a fase do alerta até ao nível/serviço de maior diferenciação.

Celeridade onde o nível de comunicação será determinante, desde a passagem de informação clínica do local da ocorrência para a central de triagem, à passagem da informação desta para as unidades de saúde.

A comunicação eficaz assume aqui um papel fundamental. Neste sentido será oportuno, vantajoso até, que seja realizado por profissionais de saúde qualificado (médicos ou enfermeiros), que utilizem uma linguagem única e que vise assegurar a continuidade dos cuidados necessários, com a devida rentabilização de recursos, antecipando, onde isso for possível, o início do tratamento desejado para a situação.

Em 2007, definiram-se estratégias de intervenção através do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares e metas prioritárias do Plano Nacional de Saúde 2006-2010:

- *“A diminuição da taxa de mortalidade padronizada, particularmente em idades inferiores a 65 anos;*
- *Diminuição da letalidade intra-hospitalar por Doença Cérebro Vascular e por Doença Isquémica Cardíaca;*
- *Aumento dos internamentos hospitalares pelas Vias Verdes.”*

Considerou-se que a melhoria das acessibilidades dos doentes na fase aguda das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, a cuidados de saúde mais adequados de diagnóstico e tratamento, poderia conduzir a ganhos de saúde traduzidos na redução da morbilidade e da mortalidade.

Neste momento, assiste-se a uma desadequada forma de ativação de meios e emergência para cidadãos com esta sintomatologia, chegando diariamente aos Serviços de Urgência mal avaliados, sem qualquer referência.

EIXO 3 – PRESENÇA DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE ORIENTAÇÃO DE DOENTES URGENTES

O atendimento nos CODU tem de ser efetuado por enfermeiros. A presença de Enfermeiro no CODU deverá ser uma realidade, pela qualidade que garante, mas também pela sustentabilidade que o modelo desejado confere.

Objetivos principais:

Melhorar os níveis de informação;

Eficiência na ativação de meios;

Hoje, assiste-se à presença de médicos nas centrais de atendimento a desempenhar funções tidas noutros tempos por enfermeiros, donde se destaca o contacto com outras unidades de saúde e o acompanhamento de alguns meios de emergência no contexto de prática clínica. Deixaram de ter qualquer função de supervisão ou controlo sobre as triagens, com a introdução dos novos algoritmos de triagem.

Podemos afirmar que a grande maioria das situações de emergência que ocorrem no País se processam sem a interferência de qualquer profissional de saúde (médicos ou enfermeiros) no processo, com a natural consequência de perda de qualidade no serviço.

Um atendimento assegurado por enfermeiros garante um juízo clínico de qualidade no atendimento, na decisão, no acompanhamento e na referenciação dos meios e unidades de saúde.

O exemplo da utilização de enfermeiros em situações semelhante confere uma enorme segurança na qualidade do resultado final.

Referimo-nos concretamente ao bom desempenho dos enfermeiros na triagem efetuada nos serviços de urgência em Portugal, onde a taxa de assertividade rondará de muito perto os 100%, assim como nos inequívocos ganhos para o sistema e para a população, da presença de enfermeiros no atendimento no serviço «saúde 24»

Essa garantia apenas poderá ser sustentada num elevado sentido de responsabilidade, acompanhada por capacidade de decisão clínica e não na aplicação «cega» de protocolos, que apesar de “tecnicamente válidos” precisam ser devidamente aplicados a pessoas concretas vítimas de situações agudas.

EIXO 4 – ARTICULAÇÃO COM O PODER LOCAL

4. Devem ser estabelecidas parecerias com poder local para (re)definir a localização dos Postos de Emergência Médica, com o objetivo de racionalizar recursos humanos e materiais e garantir maior eficiência do serviço, devendo para tal:

2.3) Efetuar o levantamento de necessidades regionais/locais;

2.4) Considerar o histórico de relacionamento com corporações de bombeiros;

2.5) Garantir que os «voluntários» tenham a formação mínima exigível;

2.6) Articular com serviços de urgência existentes e com a proteção civil;

Objetivos principais:

Adequar os meios às necessidades locais;

Proporcionar cuidados de proximidade;

----- Fim do Documento -----